|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **<< PARA ASOCIADOS SIN CUENTA COVID, QUITAR ESTO>>**   |  | | --- | | **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** identificado(a) con C.C. No. **XXXXXXXXXXXXX** es Asociado(a) y a la fecha presenta la(s) siguiente(s) obligación(es) contraída(s) con la Cooperativa COONFIE. | | | | | |  |  |
|  | |  | | --- | | ***CRÉDITOS*** | | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Línea** | **No. Pagare** | **Cuota** | **M. Inicial** | **Saldo Total** | **E. Cartera** | **F. Pago** | | XXXXXXXX | XXXXXX | XXXX | XXXXXX | XXXXXX | XXXX | XXXXX | | | | | |  |  |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Este crédito se encuentra proyectado al: | **XX/XX/XXXX** |  | | | | | | |  |
|  | |  | | --- | | Señor Asociado tenga en cuenta que para realizar el pago del (los) crédito(s) mencionado(s) en el presente certificado, lo podrá realizar desde el día de proyección del crédito hasta el día 25 de cada mes en cualquiera de nuestras oficinas. Si realiza el pago después de la fecha proyectada, el valor total del crédito será diferente al valor reportado en el certificado.  Si realiza el pago por medio de consignación bancaria debe tener en cuenta la siguiente información:   1. ***TITULAR DE LA CUENTA:*** COOPERATIVA NAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE**.** 2. ***NIT:*** 891.100.656-3 3. ***CUENTA CORRIENTE No.*** 792075434 del Banco de Bogotá 4. Remitir copia del soporte de pago al correo [*cobranza@coonfie.com*](mailto:cobranza@coonfie.com)especificando claramente Nombres completos y No. De documento del titular de la obligación o en su defecto, podrá radicarlo en la oficina más cercana a su ubicación. | | | | | | |  |
|  |  | |  | | --- | | No obstante, COONFIE, se reserva el derecho de efectuar el cobro y mantener el reporte a centrales de riesgo, de cualquier transacción realizada o deuda no cobrada, omitida, duplicada u otros servicios, que se encuentre debidamente documentada y contabilizada y que por error no haya sido cobrada, encontrada antes o después de la presente fecha, al tenor del artículo 880 del código del Comercio. | | | | | |  |
|  | |  | | --- | | La presente se expide a solicitud del interesado con destino a INTERESADO.  Dado a los XX días del mes de XXXXXXXX de 20XX.  Cordialmente,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FIRMA Y SELLO**  (En caso de NO FIRMA, validar el presente certificado comunicándose a los números que aparecen al final del presente documento). | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | --- | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | SEDE ADM/NEIVA CENTRO: CLL 10 # 6-68 PBX: 8725100 NEIVA NORTE: CRA 1 # 34-44 TEL. 8742903  GARZON: CLL 7 # 7-54 TEL. 8332411 PITALITO: CLL 4 # 4-39 TEL. 8361126  LA PLATA: CRA 5 # 4-40 TEL. 8371331 ALGECIRAS: CRA 5 # 3-106 TEL. 8382157  GIGANTE: CLL 3 # 4-61 EDIFICIO DEL CAFÉ 1ER PISO TEL. 8325247 FLORENCIA: CLL 15 # 14-54 TEL. 4355743  POPAYÁN: CLL 4 # 8-48 ED.UNICOMFACAUCA TELS. 8384334-8387642 UNICENTRO NEIVA: 2DO PISO LOCAL 211 TELS. 8679568-8678952  BOGOTÁ: AV. CRA 24 # 61F-23 B/EL CAMPÍN TELS. 5479403-5475876 | | | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **<< PARA ASOCIADOS QUE TENGAN CUENTA COVID, QUITAR ESTO>>**   |  | | --- | | **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** identificado(a) con C.C. No. **Xxxxxxxxxxxxx** es Asociado(a) y a la fecha presenta la(s) siguiente(s) obligación(es) contraída(s) con la Cooperativa COONFIE. | | | | | |  |  |
|  | |  | | --- | | ***CRÉDITOS*** | | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Línea** | **No. Pagare** | **Cuota** | **M. Inicial** | **Saldo Total** | **E. Cartera** | **F. Pago** | | XXXXXXXX | XXXXXX | XXXX | XXXXXX | XXXXXX | XXXX | XXXXX | | Adicionalmente, el Asociado presenta una cuenta por cobrar al (los) crédito(s) relacionado(s) en la tabla anterior correspondiente al alivio financiero por emergencia sanitaria por valor de $ **XXXXX.** Por tal razón, el saldo Total adeudado por el asociado es de **$ XXXXXX.** | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  | | --- | --- | | Este crédito se encuentra proyectado al: | **XX/XX/XXXX** | | | | | | |  |
|  | |  | | --- | | Señor Asociado tenga en cuenta que para realizar el pago del (los) crédito(s) mencionado(s) en el presente certificado, lo podrá realizar desde el día de proyección del crédito hasta el día 25 de cada mes en cualquiera de nuestras oficinas. Si realiza el pago después de la fecha proyectada, el valor total del crédito será diferente al valor reportado en el certificado.  Si hace el pago por medio de consignación bancaria debe tener en cuenta la siguiente información:   1. ***TITULAR DE LA CUENTA:*** COOPERATIVA NAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE**.** 2. ***NIT:*** 891.100.656-3 3. ***CUENTA CORRIENTE No.*** 792075434 del Banco de Bogotá 4. Remitir copia del soporte de pago al correo [*cobranza@coonfie.com*](mailto:cobranza@coonfie.com)especificando claramente Nombres completos y No. De documento del titular de la obligación o en su defecto, podrá radicarlo en la oficina más cercana a su ubicación. | | | | | | |  |
|  |  | |  | | --- | | No obstante, COONFIE, se reserva el derecho de efectuar el cobro y mantener el reporte a centrales de riesgo, de cualquier transacción realizada o deuda no cobrada, omitida, duplicada u otros servicios, que se encuentre debidamente documentada y contabilizada y que por error no haya sido cobrada, encontrada antes o después de la presente fecha, al tenor del artículo 880 del código del Comercio. | | | | | |  |
|  | |  | | --- | | La presente se expide a solicitud del interesado con destino a INTERESADO.  Dado a los XX días del mes de XXXXXXX de 20XX.  Cordialmente,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FIRMA Y SELLO**  (En caso de NO FIRMA, validar el presente certificado comunicándose a los números que aparecen al final del presente documento). | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | --- | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | SEDE ADM/NEIVA CENTRO: CLL 10 # 6-68 PBX: 8725100 NEIVA NORTE: CRA 1 # 34-44 TEL. 8742903  GARZON: CLL 7 # 7-54 TEL. 8332411 PITALITO: CLL 4 # 4-39 TEL. 8361126  LA PLATA: CRA 5 # 4-40 TEL. 8371331 ALGECIRAS: CRA 5 # 3-106 TEL. 8382157  GIGANTE: CLL 3 # 4-61 EDIFICIO DEL CAFÉ 1ER PISO TEL. 8325247 FLORENCIA: CLL 15 # 14-54 TEL. 4355743  POPAYÁN: CLL 4 # 8-48 ED.UNICOMFACAUCA TELS. 8384334-8387642 UNICENTRO NEIVA: 2DO PISO LOCAL 211 TELS. 8679568-8678952  BOGOTÁ: AV. CRA 24 # 61F-23 B/EL CAMPÍN TELS. 5479403-5475876 | | | |  |  |  |